DE L'OTITE EXTERNE. N° 24



présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 6 Juillet 1846,

PAR

HENRI HEMARD,

de Belrupt (Meuse),

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

JEAN MARTEL AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

RUE DE LA PRÉFECTURE, N° 10.

1846

7.a

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES ANCIENS MAITRES

A TOUS MES BONS PARENTS ET AMIS.

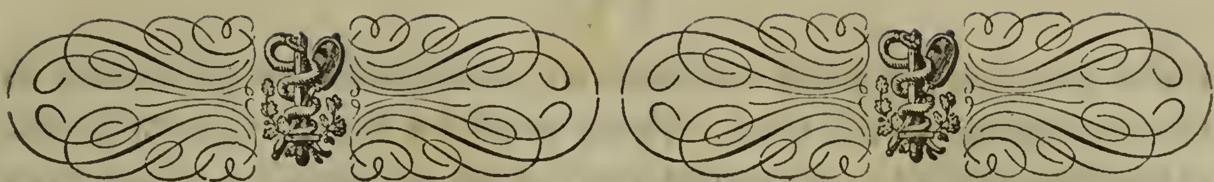
Henri HEMARD.

A mon Aïeul Maternel,

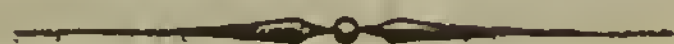
Ancien Maire de la Ville de Verdun, ancien Membre du Conseil général, Chevalier de l'ordre de la Légion d'Honneur, etc.

Vous m'avez éclairé de vos conseils, vous m'avez entouré de votre affection, vous m'avez encouragé de votre exemple : qu'en cette circonstance il me soit permis de vous dire tout ce que mon cœur vous conserve de respect, de reconnaissance et d'affection.

Henri HEMARD.



DE L'OTITE EXTERNE.



L'infirmité dont est atteint depuis long-temps un des membres de ma famille m'ayant fait un devoir d'étudier, dès mon entrée dans la carrière médicale, les maladies de l'appareil auditif, j'ai été tout naturellement amené à choisir pour sujet de mon dernier Acte probatoire une des nombreuses maladies qui y fixent leur siége. L'inflammation de l'oreille, par la manifestation de ses effets, me parut devoir mériter toute mon attention; mais l'examen approfondi du sujet ne m'a pas permis de donner suite à cette première pensée, car, malgré tous mes efforts, je n'aurais pu renfermer dans le cadre d'une simple Thèse toutes les considérations qui me semblaient se rattacher à cette vaste question. — Obligé de me circonscrire, je ne m'occuperai que de l'inflammation de l'oreille externe, tout en faisant, à l'étude de ce segment de l'appareil auditif, l'application des préceptes généraux qui ne permettent plus de considérer les maladies de l'oreille comme rentrant seulement dans le domaine des spécialistes, mais bien dans l'ensemble nosologique qui fait tous les jours l'objet des études et des méditations de l'homme de l'art.

Si chaque organe, chaque appareil est appelé, en effet, à jouer un rôle spécial dans le mécanisme de l'ensemble; s'il présente, dans sa sensibilité et sa manifestation phénoménales, des faits spéciaux et individuels,

il n'en participe pas moins aux diverses modifications du tout dont il ne constitue qu'une partie. C'est, il nous semble, à l'oubli de cette grande vérité, lorsqu'il s'agit des maladies de tel ou tel organe des sens, et à l'empirisme des soi-disant spécialistes que sont dus la plupart des insuccès.

L'ensemble des faits que nous allons examiner constitue ce que la plupart des auteurs désignent sous le nom d'*otite externe*. Celle-ci n'est autre chose que l'inflammation des diverses parties constitutives de l'appareil auditif placées en dehors de la caisse du tympan, et directement en rapport avec les agents extérieurs. Tout en acceptant cette manière de voir, que Vogel, à l'exemple de Celse, a le premier fait accepter aux modernes, qui ont dès-lors considéré comme de nature inflammatoire la plupart des états morbides que les anciens confondaient sous le nom commun et inexact d'*otalgies*, nous sentons le besoin de déterminer ce que l'on doit entendre par inflammation ; car de l'idée que nous nous en formerons peut seulement découler l'appréciation exacte des faits, une thérapeutique rationnelle et réellement utile, seul but de tous nos efforts.

Le mot *inflammation*, si nous en croyons une certaine Ecole, indique un état invariable, bien déterminé, toujours identique avec lui-même, et que les mêmes moyens sont nécessairement appelés à combattre, puisqu'ils s'adressent à un élément simple et sans modification essentielle possible.

Un examen un peu profond ne tarde cependant pas à convaincre l'observateur qu'il n'en est point ainsi, et que, dans une infinité de circonstances, les auteurs qui professent l'opinion indiquée sont obligés d'admettre des inflammations spécifiques, c'est-à-dire, des inflammations qui ne rentrent que symptomatiquement dans la conception qu'ils ont créée et qu'ils ont voulu faire regarder comme l'expression exacte des faits.

D'ailleurs, des faits nombreux nous apprennent tous les jours que, séduits par la simple coïncidence des quatre symptômes que l'on regarde généralement comme caractéristiques de toute phlegmasie, les praticiens qui ne vont pas au-delà se mettent dans l'impossibilité de traiter avantageusement les maladies. La chaleur, la rougeur, la douleur et la tuméfaction, prises comme phénomènes isolés, peuvent exister, tout le monde

le sait, indépendamment de toute inflammation; et si, dans certaines circonstances, elles s'associent de manière à constituer un ensemble qui porte ce nom, il n'en est pas moins important de chercher à connaître la cause sous l'influence de laquelle a lieu cette association, et quelles sont les proportions diverses selon lesquelles elle a paru s'opérer. C'est alors seulement que l'on pourra démêler ce qui imprime à cet état morbide si variable, quoi qu'on ait pu en dire, ce quelque chose qui le rend si souvent réfractaire à l'action des agents réputés antiphlogistiques, et destinés uniquement à combattre, soit directement, soit indirectement, les phénomènes inflammatoires.

Indépendamment donc des quatre symptômes sus-indiqués, certaines phlegmasies présentent un cachet qui les spécialise, et qui ne permet pas de les regarder comme étant de même nature que certaines autres. Or, personne ne voudrait soutenir, dans ce cas, que la connaissance de cette nature ne soit de première importance, lorsque sans elle la thérapeutique devient incertaine et même impuissante. Mais si les phénomènes locaux, le plus souvent communs à toutes les inflammations, sont souvent incapables de faire connaître ce qu'il nous est si urgent de ne point ignorer, force nous est de chercher ailleurs que dans l'état local les données propres à faciliter le solution du problème.

Analyser cet ensemble que l'on appelle généralement inflammation, le décomposer en ses faits primitifs, apprécier l'importance de chacun d'eux dans sa manifestation phénoménale, nous paraît donc le seul moyen d'apporter quelque lumière dans cette étude, quel que soit d'ailleurs le siége de la maladie. En effet, cette manière de procéder nous permettra de déterminer, et par suite de connaître avec avantage et de maîtriser les éléments morbides que l'on n'a envisagés le plus souvent que dans leur ensemble, du moins hors de cette Ecole. Grâce toutefois au procédé analytique qui forme la base de l'enseignement et de la pratique de cette Faculté, on ne tarde pas à se convaincre que, dans bien des circonstances, des faits primitifs ou élémentaires concourent à la constitution de l'inflammation, et fournissent, nous pouvons le dire *d'hors et déjà,* les seules sources d'indications thérapeutiques majeures. Elles sont loin d'être

constituées par les quatre phénomènes qui sont généralement indiqués comme caractéristiques de cet état; aussi faut-il, pour les déterminer avec exactitude, étudier l'ensemble de l'économie, et chercher à connaître les états affectifs ou diathésiques qui peuvent tenir la maladie locale sous leur dépendance. — La fécondité de cette manière d'envisager la question ne saurait évidemment être méconnue, puisqu'en paralysant ces états généraux diathésiques, on sera bien plus sûr d'atteindre le but, c'est-à-dire la guérison du malade, qu'en agissant seulement sur la lésion locale sans combattre l'état morbide général.

De cette proposition il ne faut point inférer que l'otite externe est toujours, pour nous, sous l'influence d'un état général agissant comme cause essentielle et prochaine de la maladie. La première partie de notre travail fera suffisamment connaître notre pensée à cet égard; mais il nous semble que, le point de vue sur lequel nous nous sommes permis d'insister étant beaucoup trop négligé, nous avons cru en devoir faire l'objet principal de ces quelques généralités.

Si notre pensée a été bien comprise, il résulte de ce qui précède que nous aurons à établir dans les faits qui constituent ce travail une distinction de première importance, selon que l'inflammation dont nous nous occupons sera déterminée par une cause externe et agissant localement, ou bien par une de ces causes internes et générales qui impressionnent toute l'économie, et dont la maladie locale n'est qu'une manifestation secondaire, offrant dans sa marche et surtout dans sa ténacité, aussi bien que dans sa résistance aux moyens employés pour la combattre, un mode qui la spécialise et fait qu'elle est elle-même et non pas telle ou telle autre.

L'importance de ce qui précède nous semble démontrer, d'une manière assez concluante, que c'est dans l'étude des causes que nous devons chercher la source des indications thérapeutiques majeures, et faire, comme le dit la *Gazette médicale de Paris*, de la médecine étiologique; car un proverbe célèbre d'âge en âge, et que chacun de mes Juges a sans doute présent à l'esprit, est le sûr garant de l'efficacité de la thérapeutique basée sur cet axiome, on ne peut pas plus logique, du divin Vieillard : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

Pour obtenir ces heureux résultats, il est toutefois indispensable de contrôler d'une manière sévère ce que la plupart des livres nous enseignent sur l'étiologie, et de démêler, au milieu du chaos et de l'accumulation indigeste des causes des maladies, celles qui jouent réellement un rôle important, et impriment à l'ensemble de la scène morbide un *facies* tout spécial et qui ne permet pas de le confondre avec ses congénères.

C'est grâce à cette manière rigoureuse de procéder, que l'on arrive à des conclusions on ne peut plus fructueuses, pratiquement parlant ; car les agents médicateurs, au lieu d'être entassés pêle-mêle comme dans la plupart des ouvrages, sont au contraire logiquement coordonnés en vertu de certaines règles, dont l'ensemble constitue les méthodes thérapeutiques que le célèbre Barthez a si habilement formulées dans son *Introduction à l'étude des maladies goutteuses.*

A ces divers points de vue, l'inflammation de l'oreille externe ne nous semble point constituer une affection unique, mais bien résumer un genre de maladies dont les espèces seront caractérisées par la nature de leurs causes essentielles. Celles-ci seront tantôt accessibles à nos sens, tantôt inappréciables par eux ; elles ne nous seront alors révélées que par leurs effets, et leur détermination sera purement expérimentale.

Cette manière de procéder, indiquée déjà par Itard, qui avait basé en partie sa classification des maladies de l'oreille sur les causes variables qui leur avaient donné lieu, nous paraît plus utile que celle qui a pour point de départ l'espèce de tissu altéré, la durée variable de la maladie, et la succession plus ou moins rapide des divers phénomènes qui la caractérisent.

Nous n'ignorons pas que M. Bérard a cru devoir blâmer la classification de l'ancien directeur de l'établissement des Sourds-Muets, pour se rattacher à une de ces dernières ; mais nous pensons que, bien que la classification d'Itard ne fût point exempte de reproches, elle méritait d'être louée, surtout à cause de sa tendance à donner à la cause productrice l'importance qu'elle mérite. Une seule chose restait à faire : c'était de donner suite à cette idée, tout en portant dans son application la sévérité qu'exigent de pareilles recherches.

C'est pour nous conformer aux déductions logiques de ce qui précède, que, dans la partie spéciale de ce travail, nous allons établir deux parties distinctes : la première sera relative à l'otite externe, essentiellement déterminée par le traumatisme ou les corps étrangers qui agissent localement, et qui font que la maladie est toujours maîtrisable par l'emploi des topiques ; tandis que la seconde sera consacrée à l'étude des différents états morbides qui, sous des apparences locales analogues ou identiques, seront plus spécialement sous l'influence des causes générales, telles qu'un état saburral des premières voies, l'état catarrhal, varioleux, herpétique, scrofuleux, vénérien.

Les diverses espèces d'otites que nous croyons devoir réunir dans ce groupe, seront établies d'après la cause qui préside à leur manifestation. Nous croyons devoir en rapprocher les otites externes que les auteurs ont décrites sous les noms d'otites sympathique et métastatique.

L'étiologie, la marche, la durée, le mode de terminaison, et surtout la thérapeutique de ces diverses espèces d'inflammations de l'oreille externe, par les différences qu'elles présentent, nous sont un sûr garant de l'utilité qu'il y a à les distinguer dans la pratique. Les tendances des hommes de l'art ont rarement, il est vrai, poursuivi le but vers lequel nous tendons; aussi, grâce aux difficultés que nous trouverons à traiter le sujet que nous nous sommes imposé, nous osons compter sur l'indulgence de nos Juges, qui, dans le résultat de nos recherches, voudront bien plus avoir égard à la pensée qui nous a dirigé qu'à la manière dont nous nous sommes acquitté de notre tâche.

Les phénomènes qui caractérisent l'inflammation de l'oreille externe se succèdent, tantôt avec une grande rapidité, tantôt au contraire avec une lenteur quelquefois désespérante : de là, l'admission d'une otite externe aiguë et d'une otite externe chronique.

Cette distinction, tout en constatant un fait, ne nous paraît pas avoir une grande importance ; car, comme nous l'apprennent les auteurs les plus recommandables, le temps ne saurait indiquer, c'est-à-dire devenir source d'indications. Aussi, tout en reconnaissant l'exactitude des

faits établis, nous ne ferons pas à cette division toute classique une aussi large part que la plupart des auteurs.

La raison de notre conduite se déduit naturellement de ce fait, que très-souvent l'otite chronique succède à l'otite aiguë, quoique les causes restent les mêmes, et que combattre ces dernières est toujours le point le plus important, quelle que soit d'ailleurs la marche, rapide ou lente, de l'état morbide que nous sommes appelé à combattre.

PARTIE PREMIÈRE.

Otite externe inflammatoire.

Dans ce groupe se rangent tous les cas d'otite externe dus à la simple réunion des éléments primitifs, généralement regardés comme caractéristiques de la phlogose franche, simple ou légitime. On ne peut plus les combattre avantageusement par l'emploi des agents antiphlogistiques directs ou indirects. Ces états, presque entièrement locaux, sont habituellement dus à des causes palpables, et dont la disparition entraîne le plus habituellement celle de tous les accidents. C'est ce qu'on a surtout observé à la suite de la présence des corps étrangers dans le conduit auditif.

Etiologie. L'enfance et la jeunesse sont surtout exposées à ces inflammations de l'oreille externe ; ce que permettent très-bien de comprendre l'affluence plus grande des liquides, et l'activité plus grande du conduit auditif comme organe de sécrétion.

Des conditions opposées existant chez les vieillards des deux sexes, rendent ces maladies moins communes chez eux.

Les corps étrangers, cause si fréquente d'inflammation de l'oreille externe, sont de nature très-variée et appartiennent indirectement aux trois règnes de la nature. Fabrice d'Aquapendente les a le premier divisés en deux classes, selon qu'ils sont susceptibles de gonfler, par absorption

des liquides au milieu desquels ils baignent, ou qu'ils ne sont nullement modifiés par eux.

Leurs considérations physiques ont servi de base aux considérations d'Itard ; mais M. Hubert-Valleroux croit devoir préférer une division basée sur la nature de ces corps, sur les symptômes qui accompagnent leur présence, et avant tout sur l'ordre d'agents thérapeutiques qui conviennent dans chaque cas.

Les résultats obtenus par ce dernier auteur nous paraissant identiques à ceux de ses prédécesseurs; nous nous bornerons à énumérer les corps étrangers, en les rapportant aux trois classes des corps inorganiques végétaux et animaux.

Aux premiers se rapportent un petit caillou, une balle, des chevrotines, une boule de verre, une aiguille, etc., qui n'agissent que par leurs propriétés physiques; tandis que certains autres pourront de plus agir chimiquement, comme des caustiques, certains médicaments irritants. Aux seconds se rattachent un fragment de bois, de petites masses de coton, etc., qui agissent comme des corps inertes, ou bien un noyau de cerise, un pois, une fève, qui, indépendamment de ce qu'ils gonflent par l'imbibition, peuvent, à cause même de la vitalité dont ils jouissent, donner ainsi lieu à des accidents nouveaux.

Les corps organisés animaux peuvent aussi, comme les précédents, être morts ou vivants; et tandis que les premiers, comme un grumeau de sang, un petit os, etc., seront entièrement passifs dans la manifestation des accidents, suite de leur présence dans le conduit auditif, les seconds, par les mouvements auxquels ils pourront se livrer, ou leur action sur les tissus à l'aide de leurs mâchoires, aggraveront singulièrement la maladie. A ces derniers se rapportent les vers, les puces, les grillons, les fourmis, les perce-oreilles, les araignées, les mouches, les sangsues, l'*acarus equi,* etc.

Outre ces agents, dont nous venons de déterminer les principaux, il en est encore quelques-uns qui, tout en ne pouvant pas être rangés dans les groupes que nous venons d'établir, agissent cependant d'une manière analogue, et que leurs effets rapprochent assez de ces corps indiqués pour que nous ne cherchions pas à les ranger dans un même cha-

pitre. C'est ainsi que l'air froid, l'insolation, le lavage inaccoutumé de la tête, les tiraillements du pavillon de l'oreille, les coups, les convulsions, les plaies de l'oreille externe, les piqûres, certains insectes, le cérumen endurci, les brûlures, les manœuvres ayant pour but d'extraire les corps étrangers qui ne s'y trouvent pas, amènent des effets analogues.

Symptomatologie. — Sous l'influence de quelques-unes de ces causes, on voit survenir parfois un simple érythème que nous ne saurions confondre avec l'érysipèle, comme le fait M. Hubert-Valleroux; car, si cette dernière est toujours sous l'influence d'une modification particulière des premières voies, il n'en est pas de même de l'érythème, que caractérise une simple rougeur, accompagnée de picotements continuels, de chaleur et de démangeaison. De légers bourdonnements et une simple dysurie accompagnent cet état morbide peu grave, toujours local et dû à l'action de causes on ne peut plus fugaces; aussi sa marche est-elle simple et surtout rapide. Vers le troisième ou quatrième jour, la peau se couvre de phlyctènes que remplit une sérosité d'abord liquide, puis lactescente : celle-ci déchire par distension la lame épidermique qui l'enveloppe, se coagule et donne naissance à une croûte jaunâtre qui tombe en écailles au bout de quelques jours. Il n'est pas rare de voir des squames se détacher et amener la solution de la maladie, qui n'a point alors présenté l'apparition des vésicules.

Si les causes, au lieu d'être aussi peu actives que dans le cas précédent, agissent avec plus d'énergie, le malade éprouve une pesanteur de tête et un sentiment de gêne dans le conduit auditif, qui se convertit en une douleur peu intense d'abord, mais qui augmente plus tard, au point de devenir insupportable. D'autres fois, la scène morbide s'ouvre par un prurit, une démangeaison incommode, qui augmente lorsqu'on tiraille le pavillon de l'oreille, lors des mouvements de mastication, sous l'impression d'un air froid ou d'un liquide trop chaud. Plus tard la douleur augmente, elle envahit quelquefois toutes les parties voisines, arrache des cris aux malades et donne souvent lieu à des phénomènes nerveux graves.

Des rémissions marquées ont habituellement lieu, mais ces calmes passagers sont suivis de cris violents. Cet ensemble de symptômes détermine une perturbation profonde de l'audition ; aussi des bourdonnements, des battements continuels comparables à une série de coups de marteau, des sifflements aigus, sensibles surtout pendant les mouvements de la mâchoire inférieure, tourmentent les malades. A cette époque, le conduit auditif est légèrement rétréci, la membrane est rouge et tuméfiée.

Vers le deuxième ou quatrième jour le plus habituellement, d'autres fois après quelques heures, survient un écoulement de sérosité ténue, limpide, à laquelle s'associent des stries sanguines lorsque la douleur a été très-vive. L'apparition de l'écoulement coïncide assez généralement avec un amendement dans les symptômes que nous venons de décrire. Il est d'abord séreux, puis il devient purulent, sans jamais présenter l'homogénéité et la blancheur du pus de bonne nature, dû à l'inflammation du tissu cellulaire; il est ordinairement, en effet, jaunâtre ou légèrement teint de vert, quelquefois inodore, il est le plus souvent fétide, et son action sur les parties qu'il baigne amène leur irritation et même leur excoriation. Au bout de quinze ou vingt jours, si la maladie marche régulièrement, la matière de l'écoulement s'épaissit, diminue en quantité, prend la couleur, la consistance et l'odeur du fromage, et tarit pour faire place à une sécrétion abondante de cérumen ; puis tout rentre dans l'ordre.

Des modifications cellulaires variables et plus ou moins profondes accompagnent les diverses modifications fonctionnelles que nous venons d'énumérer : c'est ainsi que l'on a quelquefois trouvé la paroi cartilagineuse du canal ramollie.

Malgré l'intensité des phénomènes locaux qui caractérisent l'inflammation de l'oreille externe, il arrive assez souvent que la scène morbide, circonscrite dans le point enflammé, ne réveille aucune sympathie ni même aucune réaction ; d'autres fois, les élancements s'étendent le long du cou, jusqu'à l'épaule et au bras correspondant ; dans quelques cas, enfin, on a vu survenir de la fièvre, une céphalalgie intense, de l'insomnie, une altération dans les fonctions digestives, du délire, des convulsions, la paralysie. Cette exagération phénoménale, proportionnelle à

l'irritabilité du sujet, ou les dangers qui l'accompagnent, ont été surtout observés dans les cas où la maladie était due à la présence de corps étrangers, les symptômes étant d'autant plus intenses d'ailleurs, que ces corps étaient plus profondément placés, plus ou moins irréguliers, et que leur séjour datait d'une époque plus ou moins éloignée.

Un fait digne de remarque, c'est que, malgré la gravité des effets que nous venons d'esquisser, la mort peut ne point survenir, les phénomènes locaux disparaître même complétement, et la présence du stimulus anormal ne se manifester que par des phénomènes sympathiques, dont on méconnaît tout naturellement la cause surtout chez les jeunes sujets, et lorsque plusieurs années se sont écoulées depuis l'introduction du corps étranger.

Un exemple de cette nature nous a été conservé par Fabrice de Hilden. La jeune fille dont il parle était depuis huit ans en proie à une paralysie et à des convulsions, qui ne disparurent qu'après l'extraction d'un noyau de cerise qui avait séjourné tout ce temps dans l'oreille, sans qu'aucun signe local eût permis de présumer sa présence.

M. Hubert-Valleroux rapporte un fait non moins curieux qu'il emprunte à la *Gazette médicale*, et dans lequel un noyau de cerise, introduit dans l'oreille d'un enfant de 5 ans, a pu rester une vingtaine d'années en déterminant une sorte d'otite intermittente périodique ; car, pendant ces vingt années, le sujet de l'observation était tous les mois sujet à des retours phlegmasiques, qui n'ont disparu qu'après la sortie du corps étranger que l'on détermina à l'aide d'injections convenablement pratiquées.

Otite chronique.

Si, au lieu de persister à l'état aigu, l'otite externe traumatique passe à la chronicité, ou présente ce caractère dès son début ; au lieu de l'amendement que nous avons indiqué, comme venant du quinzième au vingtième jour, on voit l'écoulement persister, malgré l'amendement des symptômes inflammatoires. Quelquefois il affecte une sorte de périodicité, paraissant sous l'influence d'une température humide, pour disparaître au retour d'un temps sec.

Les altérations organiques qui accompagnent ce dernier état, sont le boursoufflement du prolongement cutané qui tapisse le conduit auditif. Celui-ci est en même temps rétréci, au point qu'il est souvent impossible d'introduire un stylet, si ténu qu'il soit : il arrive alors que le pus, ne pouvant se porter au-dehors, s'accumule au fond du canal, le distend, comprime la membrane du tambour, augmente ainsi la douleur, et facilite la propagation de la maladie à la caisse tympanique par la perforation de la membrane.

Si l'inflammation, soit aiguë, soit chronique, se propage au tissu cellulaire peu abondant, qui unit la peau aux cartilages, il en résulte la formation d'un ou de plusieurs abcès que précède un sentiment de lourdeur dans la partie affectée, et quelquefois même des frissons caractéristiques d'une suppuration profonde. La tumeur une fois constituée s'élève en pointe, s'amincit et se déchire pour laisser échapper le pus ; il arrive assez fréquemment qu'elle s'étend jusque derrière l'auricule.

Un des caractères dominants de la maladie dont nous venons de tracer le tableau, est constitué, sans contredit, par l'existence des douleurs intenses, quelquefois atroces, et dont la nature aussi bien que la constance sont facilement explicables par la nature des parties. A une grande quantité de nerfs qui se terminent dans le prolongement cutané du conduit auditif externe, s'ajoute, en effet, la superposition de tissus, nullement ou très-peu extensibles, qui gênent par suite le développement de l'inflammation et tendent à amener l'étranglement des parties.

La terminaison la plus habituelle de l'otite externe érythémateuse est, sans contredit, la résolution; mais si la maladie a une plus grande intensité, la suppuration arrive le plus souvent, après elle vient la résolution.

Le pronostic de l'érythème est toujours favorable; celui de l'otite traumatique l'est généralement, surtout lorsque les phénomènes sont tous locaux, ou que les généraux ont peu d'intensité ; il est grave dans les circonstances contraires.

Diagnostic. — Si la circonstance des causes susceptibles d'amener les diverses manifestations morbides que nous avons décrites est aussi impor-

tante que nous l'avons fait pressentir dans les généralités placées en tête de notre travail, il est évident que nous devons avoir surtout pour but ici de déterminer la nature de ces causes, car elle seule pourra nous conduire à l'emploi d'une médication convenable.

Si la maladie est sous l'influence d'un corps étranger, elle n'aura le plus habituellement lieu que d'un seul côté ; de plus, on l'observera plus fréquemment chez les enfants qui, dans leurs jeux, peuvent facilement introduire dans une de leurs oreilles un des corps que nous avons indiqués ci-dessus. La présence d'un insecte sera présumée, lorsque le malade aura été atteint peu de temps après qu'il était exposé au grand air ou couché sur l'herbe. Nous devons ajouter toutefois que ces cas sont fort difficiles à reconnaître, et que le hasard met le plus souvent sur la voie. Aux présomptions que nous avons indiquées dans les quelques lignes qui précèdent, on peut ajouter l'intensité des douleurs qui sont survenues tont-à-coup, la sensation de rongement que le malade éprouve, les mouvements opérés par l'insecte.

Pour ce qui est de l'induration et de l'accumulation du cérumen, la plupart des auteurs l'ont considéré comme plus fréquent chez les vieillards. Kromer pense, au contraire, que les jeunes sujets y sont plus souvent exposés. Sans nous prononcer entre ces deux opinions extrêmes, nous dirons que ces concrétions ont été observées à tous les âges, et que si, dans bien des cas, l'inflammation de l'oreille externe paraît due à la présence du cérumen endurci, il en est d'autres où l'inflammation semble préexister à la formation du bouchon cérumineux, qui serait essentiellement dû à la modification morbide dont il est si souvent la cause prochaine et déterminante.

La présence de ces concrétions consistantes, quelquefois calcaires, amène un affaiblissement marqué de l'ouïe, un prurit désagréable, une gêne plus ou moins grande qui passe à l'état de douleur pendant la mastication. Ce n'est guère qu'après une durée plus ou moins prolongée de ces sensations, que la phlegmasie survient et revêt surtout les divers caractères que nous avons indiqués. L'existence de ces prodrômes pourra donc faciliter le diagnostic.

Ce dernier ne peut toutefois être établi, d'une manière certaine, que sur l'examen attentif de l'organe, examen que l'on ne doit jamais négliger, quelles que soient d'ailleurs les présomptions acquises sur la présence d'un corps étranger. Cette explication sera due à la présence de cérumen endurci, ou d'insectes, de vers qui se seront introduits ou auront été déposés dans le conduit auriculaire, sans que le sujet en ait eu le moindre avertissement. Le principe de recourir toujours à l'exploration de l'oreille est si important, que Celse l'avait déjà formulé comme une règle de première nécessité; et c'est à son oubli que plusieurs praticiens recommandables, d'ailleurs, ont dû des désappointements on ne peut plus fâcheux. C'est ainsi que Boyer raconte qu'à la suite des manœuvres destinées à extraire du conduit auditif un corps étranger qui n'existait pas, il a vu survenir une inflammation des plus intenses. Un cas analogue a été observé, il y a quelques années, aux consultations gratuites de l'hôpital de la Charité. Convaincu par la narration d'une mère que son enfant avait introduit, en jouant, un corps étranger dans une de ses oreilles, M. Velpeau crut devoir procéder immédiatement à son extirpation; mais toutes ses tentatives furent infructueuses. Les manœuvres ayant été répétées trois et quatre jours de suite avec le même insuccès, le chirurgien recourut à l'examen de l'oreille, ce par quoi il aurait dû commencer, et il put se convaincre alors que la version de la mère était erronée, c'est-à-dire qu'il n'y avait jamais eu de corps étranger, ou que, s'il avait été introduit, il était sorti sans que l'enfant eût pu s'en apercevoir.

Ces faits, tout vulgaires qu'ils peuvent paraître, ne laissent pas de renfermer un haut enseignement, et ne doivent jamais faire perdre de vue le principe que nous avons posé ci-dessus, car, applicable dans le plus grand nombre des cas, il ne doit être rejeté que lorsque le gonflement des parties et leur sensibilité sont portés assez loin pour ne point permettre la moindre investigation. Dans ces cas, il faut commencer par combattre l'inflammation, faire la médecine des symptômes, ce qui est loin de réussir, comme le prouvent les faits dans lesquels, soit par ignorance de la cause, soit parce qu'on n'a pu la faire disparaître, on a traité sans succès pendant des mois, à l'aide de sangsues, de vésicatoires, d'anti-rhumatismaux, etc.,

des otites qu'entretenaient du cérumen endurci ou du coton caché dans le fond de l'oreille externe.

Quoique l'examen du conduit auditif, en vue de constater la présence ou l'absence d'un corps étranger, paraisse constituer une opération des plus simples, et qu'il suffise de l'indiquer pour pouvoir l'exécuter convenablement, il est utile de prendre quelques précautions que nous croyons ne devoir pas passer sous silence.

Si le malade est adulte, on doit le placer dans un lieu bien éclairé et le faire asseoir sur une chaise de moyenne hauteur, afin que les rayons lumineux touchent, si c'est possible, dans le méat auditif, lorsqu'il aura été convenablement disposé. Pour arriver à ce résultat, la tête du malade doit être soutenue par un aide, et fortement inclinée du côté opposé à l'oreille malade. Le chirurgien debout, en face du sujet, saisit le haut du pavillon de l'oreille entre le pouce, l'indicateur et le médius de la main droite, s'il explore l'oreille gauche, *et vice versâ*, pour celle du côté opposé. Il porte alors l'auricule en haut et en dehors, afin de diminuer autant que possible la courbure du conduit auditif, ce qui permet à la lumière et à l'œil de pénétrer à 15 ou 18 millimètres, surtout si le doigt indicateur de la main libre écarte en même temps le tragus. Malgré toutes ces précautions, la vue ne saurait pénétrer plus profondément que nous ne venons de l'indiquer, à moins qu'il n'existe une dilatation anormale; ce qui a permis quelquefois de constater l'état de la membrane tympanique. Si le sujet soumis à l'observation est un enfant, on l'assied sur un tiers qui est chargé de surveiller et de maintenir ses mouvements.

Ce moyen d'exploration ne permet pas toujours d'atteindre le but que l'on se propose, il a fallu recourir à l'emploi de quelques instruments capables de faciliter le résultat désiré : c'est ainsi que Fabrice de Hilden inventa le spéculum census. D'abord peu capable de remplir le but pour lequel il avait été imaginé, à cause de la forme pyramidale de ses branches, cet instrument a été modifié plus tard par Wribgt, Laissy, Itard et Kromer Celui d'Itard, généralement employé en France, se compose d'un cône tronqué, bivalve, long de quatre centimètres, à bord inférieur, mousse, tandis que le supérieur se continue à angle obtus avec deux branches d'une

tenaille unies par un écrou, et obéissant à l'action d'un ressort disposé à amener leur écartement. Grâce à cette disposition, les branches sont à distance lorsque l'instrument est abandonné à lui-même et les valves du cône rapprochées forment un tube complet. Si l'on presse sur les branches pour les rapprocher, les deux valves, colorées en noir à l'intérieur pour éviter toute réflexion des rayons lumineux, élargissent, redressent le conduit auditif et facilitent l'exploration. Le professeur Kromer a modifié l'instrument d'Itard, par l'adjonction, au sommet du cône bivalve, d'un petit cylindre de deux millimètres de diamètre, et long de douze ou quatorze.

Le docteur Deleau a remplacé cet instrument par un simple entonnoir métallique, long de cinq à six centimètres, large de six millimètres en bas et de dix en haut; formé d'une seule pièce, lisse et poli, cet instrument est d'une simplicité remarquable, il suffit le plus souvent. Mais ceux d'Itard et de Kromer seront toujours préférables quand le conduit auditif sera recourbé, étroit et que ses parois seront tuméfiées.

Quoique d'une grande simplicité, les instruments que nous venons de décrire demandent une certaine habitude pour être maniés utilement et sans préjudice pour le malade. La sensibilité du conduit est telle dans certaines circonstances, que le froid de l'instrument impressionne le malade d'une manière pénible, d'où la nécessité de le faire chauffer avant de l'introduire. Cette précaution prise et le malade placé comme dans le cas où on a recours à l'inspection simple, le spéculum est graissé, et le chirurgien, placé debout et un peu de côté et en avant du sujet, saisit la partie supérieure du pavillon de l'oreille qu'il porte en haut et en dehors avec toutes les précautions indiquées ci-dessus pour redresser le conduit. Il saisit alors avec la main restée libre les branches du spéculum, ou comme une plume à écrire si l'on se sert de l'entonnoir du docteur Deleau; on les introduit aussi profondément que le permettent la largeur et la sensibilité du méat auditif, ou que le but de l'examen le demande. Pour obtenir ce résultat avec le plus de facilité possible, la main qui conduit l'instrument doit être d'abord légèrement inclinée en bas et en avant, puis relevée doucement et sans secousses jusqu'à ce que l'entonnoir soit arrivé dans la seconde partie

ou de la partie profonde du conduit. Si les divers temps que nous venons d'indiquer sont exécutés avec quelque dextérité, le malade n'éprouve aucune douleur.

Une précaution indispensable: c'est que dans tous les cas l'explorateur agisse avec beaucoup de ménagements, et s'arrête lorsqu'il éprouve quelque résistance; car, en agissant autrement, il pourrait enfoncer le corps étranger à la recherche duquel il se livre, et le placer dans des conditions telles que son extraction serait plus difficile et sa présence plus dangereuse.

De plus, enfin il doit, pour faciliter l'introduction de l'instrument, engager le malade à abaisser la mâchoire inférieure. Les rapports du conduit maxillaire avec le conduit auditif expliquent assez l'utilité de cette petite manœuvre, qui facilite singulièrement la dilatation du canal à explorer. Lorsque les mâchoires sont rapprochées en effet, le condyle, placé aussi profondément que possible dans l'arrière-cavité de la fosse glénoïde du temporal, comprime le conduit auditif cartilagineux, tandis qu'il s'en éloigne lorsque les mâchoires sont écartées.

Une règle enfin qui doit être posée d'une manière absolue, c'est que le sommet de l'instrument bivalve ne doit pas pénétrer trop profondément; car, son extrémité rétrécie correspondant dans une trop longue étendue à la portion osseuse du canal, l'écartement des valves pourrait être complétement empêché, ce qui rendrait l'emploi de l'instrument non seulement inutile, mais même dangereux par les vives douleurs dont son ouverture serait la cause.

Ces diverses précautions observées, il est le plus souvent facile de faire arriver la lumière au fond du conduit auditif et de l'explorer d'une manière efficace, si la lumière est assez vive, comme celle que fournissent les rayons solaires, par exemple. La plupart des auteurs s'accordent à regarder cette dernière, comme ne pouvant jamais être avantageusement suppléée par une lumière artificielle. Malgré cette manière de voir que professent Itard, M. Hubert-Valleroux et la plupart des auteurs spéciaux, il est quelques praticiens qui ont fait usage et préconisé l'emploi de certains appareils propres à conduire la lumière artificielle dans les voies auditives.

Le premier de ces moyens a été imaginé par Delaud, et consiste en un verre convexe, derrière lequel on place une bougie dont les rayons lumineux sont ainsi concentrés dans le conduit auditif. Borzini a proposé un verre convexe, et place la bougie entre l'oreille et le verre qui agit ainsi à la manière d'un miroir parabolique. M. Deleau place la bougie entre deux verres concaves, que Buchanan a remplacés par deux lentilles ou verres bi-concaves. Kromer, tout en blâmant ces divers appareils, en propose un qu'il décrit de la manière suivante : Une lampe d'argent, à forte mèche cylindrique, porte un réservoir d'huile en avant duquel existe une caisse en fer-blanc, noircie à l'intérieur pour éviter toute réflexion de lumière. Cette caisse entoure en entier la flamme de la lampe, et en laisse passer la cheminée par une ouverture pratiquée à sa partie supérieure. La paroi postérieure de la caisse est pourvue, en arrière de la flamme, d'un miroir métallique concave, tandis qu'à l'opposite est un tuyau de fer-blanc noirci à l'intérieur, long de quatorze pouces et porteur à ses deux extrémités de verres bi-concaves de deux pouces et demi de diamètre.

Les divers moyens d'exploration que nous avons décrits n'étant pas toujours applicables, quelques auteurs ont proposé l'introduction d'un stylet métallique. Nous n'avons pas besoin de dire combien il faut alors agir avec prudence ; le moindre mouvement un peu brusque ou peu ménagé pourrait amener des douleurs très-vives, enfoncer le corps étranger, déchirer la membrane enflammée. La difficulté deviendra surtout plus grande, lorsque l'inflammation sera assez vive pour s'opposer à toute tentative qui aurait pour but de modifier le calibre ou la direction du canal.

Renoncer à toute manœuvre exploratrice, est ce qu'il y a de plus sage, car le danger l'emporte alors de beaucoup sur l'avantage qu'elle pourrait fournir.

L'usage du stylet explorateur ne devra point être négligé dans ce cas. Si on ne pouvait rattacher les accidents à la présence d'un corps étranger venu du dehors, on aura quelque présomption de croire qu'ils sont dus à celle d'un bouchon cérumineux. Mais, si dans le premier cas on doit procéder, comme nous l'avons dit, avec les plus grands ménagements, il faudra surtout le faire dans celui où, guidé par de simples présomptions,

le praticien pourra fort bien introduire l'instrument explorateur dans un conduit libre. L'instrument peut alors, en effet, aller heurter la membrane du tambour, ce qui indique une douleur très-vive et que la plupart des personnes ont éprouvée lorsque, dans le but d'enlever le cérumen de leur oreille, elles introduisent trop profondément le cure-oreille. L'absence complète de douleur, lors même que le stylet est arrêté par un obstacle, et la sensation que peut donner à la main le contact d'un corps de consistance résineuse, permettent d'établir qu'il y a réellement accumulation de cérumen. La conviction sera bien plus complète, lorsque l'étroitesse et les sinuosités du canal ne s'opposeront point à l'emploi du spéculum : alors, en effet, l'inspection directe permettra de constater la présence d'un bouchon cylindrique d'un brun-noirâtre, brillant et homogène, exactement moulé sur la forme du conduit auditif, et qui, le plus souvent adossé par une de ses extrémités à la membrane du tympan, avance plus ou moins loin vers le méat auditif. Quelquefois bien dur au centre, ce bouchon ressemble à du plâtre, tandis que sa mollesse l'a fait d'autres fois comparer à un calcul biliaire. L'homogénéité de ces concrétions n'est pas constante, elles sont souvent dues à l'association de plusieurs fragments superposés.

Lorsque par l'inspection directe on a constaté la présence de larves, ou d'insectes ou de vers, il ne faut pas leur attribuer, dans tous les cas, tous les symptômes observés ; car il arrive souvent que l'oreille était déjà malade, lorsque l'œuf, d'où est sortie la larve, a été déposé par l'insecte qu'avait attiré l'odeur fétide, compagne si habituelle de l'écoulement chronique de l'oreille. Les renseignements fournis par le malade ou les parents éclairent alors le praticien, qui peut ainsi démêler, au milieu des symptômes observés, ceux qui appartiennent à la maladie ancienne et ceux qui sont dus, au contraire, à la présence d'un corps étranger vivant. Celui qui déterminant ainsi une maladie aiguë se surajoute à une maladie déjà existante, est dû le plus souvent à une de ces causes générales internes ou dialeptiques que nous avons cru devoir ranger dans notre second groupe de causes.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce fait, que des exostoses du conduit auditif peuvent simuler un corps étranger avec lequel il faut cependant bien se garder de les confondre.

Thérapeutique. — La présence d'un corps étranger, quel qu'il soit d'ailleurs, une fois constatée et reconnue comme étant la cause directe et essentielle des accidents observés, la seule indication pressante est de procéder à son extraction. Mais s'il est facile d'établir cette dernière, il ne l'est pas toujours autant de la remplir, car de nombreuses difficultés de détail arrêtent souvent l'opérateur lorsqu'il veut arriver à un résultat si simple en apparence, qu'il semble suffisant de l'indiquer pour l'obtenir. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et le praticien doit alors faire appel à toute son habileté, recourir à des moyens tout aussi ingénieux qu'imprévus.

Si le corps étranger est inerte, on peut en général l'extraire avec facilité si son séjour n'a point été de longue durée, après toutefois l'instillation de quelques gouttes d'huile dans l'oreille; d'autres fois, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on arrive à ce résultat.

De petites pinces comme celles de Hunter, des tenettes, de petites érignes sont les instruments les plus avantageux pour pratiquer cette petite opération. Mais il ne faut point oublier alors que le conduit auditif, comme l'a constaté M. Lenoir, n'offre point la même forme aux diverses phases de la vie. Si, en effet, la forme du conduit auditif est voisine de celle d'une ellipse, chez l'enfant aussi-bien que chez l'adulte, le praticien doit se rappeler que, chez le premier, le grand diamètre du canal est horizontalement dirigé et presque parallèlement à l'arcade zigomatique, d'où l'indication de porter les mors de la pince à extraction, l'un en avant, l'autre en arrière. Une direction précédente à la première devra être donnée à l'instrument lorsqu'on opérera chez un adulte ou un vieillard, parce que, chez eux, le grand diamètre du conduit est dirigé de haut en bas.

Un crochet métallique, une petite curette peuvent assez souvent remplacer les pinces qui, à cause de la duplicité de leurs mors, ne peuvent pas toujours manœuvrer avec facilité dans l'espace circonscrit où on les introduit; on peut leur substituer avec avantage, il nous semble, la curette articulaire proposée pour l'extraction des calculs engagés dans l'urèthre. La rectitude de l'instrument et l'aplatissement de son extrémité mobile,

permettent de le porter facilement au-delà du corps étranger, en passant entre lui et la paroi du canal auditif; après quoi, la mise en jeu de la tige qui meut l'extrémité articulaire, métamorphose la ligne droite en un crochet-curette, aussi heureusement disposé que possible pour amener à bonne fin l'opération dont il s'agit.

Dès que le choix d'un de ces instruments a été fait, et il doit varier, nous ne saurions trop le répéter, avec le volume et la nature du corps à extraire, il faut, pour l'introduire, placer le malade dans la position que nous avons indiquée comme propre à faciliter l'exploration de l'oreille; après quoi, on le glisse entre le corps et une des parois du conduit. La paroi inférieure doit être généralement préférée chez l'adulte : 1° parce que le diamètre vertical du conduit auditif est plus long que le transversal, ce qui laisse un vide entre le corps étranger et la paroi inférieure; 2° parce que, la membrane tympanique étant oblique de haut en bas et de dehors en dedans, sa partie inférieure est plus profondément placée, et par suite plus difficilement atteinte. Chez l'enfant, on devra porter l'instrument vers la paroi postérieure, car c'est vers l'oreille que correspond la grosse extrémité de l'ellipse représentée par le conduit auditif.

Dans un cas où il lui fut impossible d'extraire un noyau de cerise par les divers moyens indiqués, M. Guérin eut l'heureuse idée de le perforer à l'aide d'une tige métallique rougie au feu, et introduite jusque sur le corps étranger, à l'aide d'une canule en bois capable de protéger le conduit auditif contre l'action du calorique rayonnant. Le corps étranger perforé fut facilement extrait à l'aide d'un crochet métallique que l'opérateur introduisit dans le trou qu'il avait si habilement pratiqué. Le fait que nous venons de rapporter est une preuve, on ne peut plus explicite, de ce que nous disions ci-dessus, que le génie du chirurgien devait être bien plus souvent invoqué que la règle, à propos de l'extraction des corps étrangers. Cette proposition paraîtra encore bien plus exacte, si on se rappelle que, parmi les corps inertes qui peuvent avoir été introduits dans cet appareil, il en est de fragiles qui peuvent se briser sous la pression qu'exercent les mors de l'instrument, et dont les fragments irréguliers doivent augmenter les accidents inflammatoires C'est ce qui arriva

dans un cas cité par Boyer, et dans lequel le corps étranger était une perle artificielle qui ne put supporter l'action de l'instrument appelé à l'extraire.

Au lieu d'être solides comme dans les cas précités, les corps étrangers peuvent être trop mous pour être saisis à l'aide de pinces, ou entraînés par une curette ou tout autre instrument analogue. Ces corps, constitués le plus habituellement par des graines susceptibles de se gonfler par l'humidité, de germer même dans le conduit auditif, sont d'autant plus difficiles à extraire, que, vu leur mollesse, elles ne résistent pas à l'action des instruments, et que, par le fait de leur changement de volume, elles contractent, avec le canal qui les contient, des connexions qui rendent l'introduction de l'instrument plus difficile et son action souvent impossible, la membrane enflammée constituant une espèce de chaton dans laquelle le corps étranger est enclavé.

Les anciens, ayant constaté que les graines ainsi abandonnées à elles-mêmes germaient quelquefois, et que la tigelle se portait alors en dehors du méat auditif, ont cru pouvoir considérer cette condition comme on ne peut plus favorable à l'extraction du corps étranger; ils pensaient que des tractions convenablement ménagées et pratiquées sur la plantule pouvaient entraîner au-dehors la graine qui lui avait donné naissance.

Malgré tout ce que cette pratique peut avoir de spécieux, nous ne saurions la conseiller, car elle a pour inconvénient de perdre un temps précieux, et de fonder un résultat important qui, bien loin d'amener la graine au-dehors, détermine le plus souvent la rupture de la petite tige; celle-ci ne saurait évidemment, vu sa délicatesse, supporter les efforts indispensables pour arriver au résultat désiré.

Il sera bien plus rationnel alors, comme le conseille Heister, de procéder à la division du corps étranger à l'aide de l'instrument tranchant. On ne peut, du reste, poser des règles générales, car chaque cas pourra nécessiter quelque manœuvre spéciale que l'habileté de l'opérateur pourra seule suggérer.

Les injections brusques, préconisées par Mayer, ne sauraient être que bien rarement utiles. Malgré leurs saccades, elles ne peuvent agir que

lorsque le corps est peu volumineux, libre dans le conduit auditif, ou que les parois qui l'avoisinent sont assez peu intimes pour permettre au liquide de pénétrer facilement jusqu'au fond du canal. Dans les cas d'inflammation, le gonflement s'opposera en entier à ce qu'il en soit ainsi.

Le tire-fond de Fabrice de Hilden, qui, le premier, a proposé une théorie raisonnée pour l'extraction des corps étrangers introduits dans le conduit auditif, ne saurait, tout ingénieux qu'il est, être employé avec garantie; car, pour qu'il agisse sur le corps à extraire, il faut que ce dernier soit solidement soutenu. Or, c'est ce qui n'a point lieu ; d'où le danger de l'enfoncer, et la possibilité, pour ne pas dire la certitude, de déchirer le tympan.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'emploi des sternutatoires, les sauts à cloche-pied, la succussion que Mercurialis pratiquait en attachant le malade sur une planche qu'il soulevait à une certaine hauteur pour la laisser retomber sur le sol, ne nous paraissent dignes d'être mentionnés qu'au point de vue historique. Il en est de même de l'habitude où l'on était de saisir par les jambes et d'agiter, le tenant renversé, l'enfant qui avait un corps étranger logé dans une des oreilles.

Lors d'insuccès des diverses tentatives que nous avons indiquées, quelques auteurs anciens, tels que Paul d'Egine, Albucasis, et plus près de nous Duverney, ont proposé l'incision du conduit auditif en arrière de la conque. Mentionner ce procédé doit suffire, ce nous semble, pour en faire justice ; car, de deux choses l'une : ou bien le corps étranger sera profondément placé, et l'incision pratiquée plus superficiellement ne permettra pas de l'attaquer avec succès ; ou bien, le corps correspondant au voisinage du nerf auditif, l'incision n'offrira aucun avantage, puisque la dilatation de cette portion du canal permettra l'emploi de tout autre procédé.

Si les accidents que l'on est appelé à combattre sont dus à la présence d'un insecte ou d'une larve de diptère, on cherche à les faire sortir vivants, ou on les tue pour les faire sortir ensuite. Dans le premier cas, on les chasse à l'aide d'instillations d'eau ou d'huile, en faisant pénétrer la fumée de tabac dans le conduit auditif, comme le recommande Celse ; d'autres

fois on les extrait à l'aide d'un pinceau enduit d'une matière épaisse et gélatineuse comme du miel, par exemple, ou bien en portant dans le canal auriculaire une boulette de coton dans laquelle l'insecte s'embarrasse.— Dans un cas où les vers provenaient de la *musca carnaria*, M. Berard obtint leur sortie en plaçant à l'entrée du conduit de petits morceaux de viande.

Dans le second cas, on instille d'abord dans l'oreille des liquides capables de tuer ces animaux ; des injections amères, des huiles médicamenteuses ont été préconisées. Mais, comme l'observe M. Hubert Valleroux, ces diverses substances ont le fâcheux inconvénient de surexciter les symptômes morbides; aussi est-il prudent de renoncer à leur emploi.— L'huile ordinaire doit donc leur être préférée, cette dernière déterminant par asphyxie la mort de ces animaux, qui, réduits à l'état de corps inertes et mous, sont facilement extraits à l'aide de pinces, ou entraînés en dehors par des injections simples faites avec force. — A l'exemple des divers corps que nous avons passés en revue, le cérumen endurci est l'objet de la même indication thérapeutique, c'est-à-dire de l'extraction. Sa densité variable, ses connexions avec le canal sur la forme duquel il se moule, peuvent toutefois rendre la chose difficile. Dans les cas les plus fréquents, des injections huileuses ou savonneuses ramollissent assez la surface du bouchon, pour qu'il obéisse aux manœuvres de l'opérateur qui le saisit ensuite avec des pinces, ou l'extrait par fragments à l'aide d'une curette.

MM. Haygarths, Saunders et Itard regardent l'eau tiède comme le meilleur dissolvant, surtout lorsqu'elle est poussée avec une certaine force et à diverses reprises. D'autres auteurs, tels que Lentin, composent leurs injections de 3 onces de thé, de mercurial et de saponaire, 1 drachme de bile de veau et 15 à 20 grains de lait d'ammoniaque. Le même auteur, redoutant quelques accidents si les injections étaient faites avec peu de soin, conseille de placer la tête du malade sur une table, de remplir le conduit auditif par instillation d'un liquide tiède ; après quoi, il introduit seulement la canule de la seringue.

Ces précautions, aussi bien que celles de quelques auteurs, sont le plus

souvent inutiles, surtout si, au lieu de faire usage d'une petite seringue à canule étroite, on emploie, dit Kramer, un instrument long de deux pouces contenant une once et demie de liquide, et dont la canule, longue de trois quarts de pouce, est percée d'une large ouverture pour donner un fort jet d'eau. Des anneaux ou un fort bourrelet retiennent les doigts indicateur et médius de la main comme dans la seringue d'Anel, tandis que le pouce presse le piston.

Les injections doivent être répétées avec les mêmes précautions jusqu'à ce que l'évacuation des concrétions cérumineuses amène la cessation des accidents. L'examen du conduit auditif permet alors de constater une rougeur intense, qui est le plus souvent combattue avec avantage par des injections ou des instillations faites avec une solution d'acétate de plomb. Des frictions avec la pommade stibiée derrière les oreilles aident puissamment l'emploi du premier agent.

Le corps étranger une fois extrait, et dans le cas où l'inflammation de l'oreille externe est due à une toute autre cause déterminant cependant des effets analogues, on doit, si les symptômes sont tout-à-fait locaux, recourir à des injections émollientes, que remplacera souvent avec avantage l'emploi des vapeurs de même nature. On appliquera de plus, sur la partie, des cataplasmes émollients arrosés avec quelques gouttes de laudanum liquide. Sous l'influence de cette médication toute locale, on voit assez souvent la maladie s'amender et disparaître avant même que la sécrétion purulente ait lieu.

Ici, toutefois, il est on ne peut plus important de se faire une juste idée du rôle que jouent chacun des éléments qui, par leur association, constituent les phlegmasies ; car, si les moyens que nous venons de mentionner peuvent amender les fâcheux effets de l'irritation dont l'organe est le siége, il est souvent utile de déterminer si la fluxion est primitive et cause de tous les accidents, ou bien consécutive à l'irritation et à la douleur.

Dans ce cas, on le comprend sans peine, les opiacés en injection, cinq à six grains dans quelques onces d'une décoction de guimauve et de têtes de pavot, seront les agents médicateurs par excellence; tandis que, dans

les deux autres cas, on devra recourir tantôt aux antiphlogistiques, tels que les révulsifs et les astringents.

Un précepte qu'il ne faut point oublier, lorsque l'on a recours aux narcotiques, et dont Galien avait déjà signalé l'utilité, est de les employer lorsque l'inflammation n'est point encore définitivement constituée, ou que l'écoulement purulent n'est point encore établi. Quelques grains de camphre enveloppés de coton et introduits dans le conduit auditif paraissent agir utilement. La saignée générale ne doit point être négligée, lorsqu'à l'état aigu local prononcé se joindront des phénomènes de réaction générale et que le sujet sera sanguin; dans ce cas même, il sera utile de la répéter. Son emploi sera encore utile dans les cas où, tout en étant moins intense, la maladie nécessitera l'application de sangsues derrière l'organe souffrant, l'expérience nous apprenant que l'action locale de ces moyens est d'autant plus efficace que l'on a préalablement désempli l'appareil circulatoire.

L'application des sangsues aux diverses époques de la maladie est loin d'être indifférente : c'est ainsi que dans les premiers temps, alors que la fluxion est dans toute son intensité, on devra les appliquer à une certaine distance de l'oreille affectée, au-dessous de l'angle correspondant de la mâchoire inférieure, par exemple, pour se rapprocher plus tard du point phlogosé, si la récidive de ces applications est jugée nécessaire. Dans ce dernier cas, les sangsues employées comme agent dérivatif devront être appliquées en assez grand nombre, pour que l'écoulement du sang contre-balance par sa quantité l'irritation, suite nécessaire de leur application. Un moyen facile d'éviter ce résultat est de placer les pieds du malade dans un pédiluve chaud pendant l'application des sangsues, et l'écoulement sanguin en est la suite.

Lorsque, malgré l'emploi méthodique de ces divers moyens, la maladie persiste et l'écoulement purulent s'est établi, il faut remplacer les injections narcotiques par celles qui sont simplement émollientes : le lait tiède, la guimauve, des vapeurs de même nature, remplissent alors parfaitement l'indication. Leur heureuse influence est rendue plus facile par l'usage répété des pédiluves irritants avec la farine de moutarde, l'acide hydrochlorique, etc., et celui des purgatifs qui provoquent une révulsion intestinale

des plus efficaces. Une température douce et uniforme, le repos et tous les moyens hygiéniques propres à faciliter la résolution de la phlegmasie, devront, on le juge sans peine, être mis en œuvre. C'est dans cette dernière série d'agents que nous rangeons un régime léger, et l'usage des boissons rafraîchissantes et diurétiques.

Si, en dépit d'une médication aussi énergique, la phlegmasie s'étend au tissu cellulaire du conduit auditif et que le travail suppuratif commence, on doit la traiter autant que possible par des applications émollientes, et dès que l'abcès sera formé, pratiquer une petite incision au centre de la tumeur afin d'évacuer le pus.

Quoique nous admettions la possibilité de voir l'otite externe aiguë traumatique, ou due à la présence de corps étrangers, passer à l'état chronique, ce passage a surtout lieu chez les individus faibles et scrofuleux. C'est encore ce qui a lieu lorsque la maladie est chronique dès son début; aussi croyons-nous devoir la rapprocher alors des inflammations que nous avons rangées dans notre seconde catégorie, c'est-à-dire de celles qui sont plus spécialement sous l'influence d'un de ces états affectifs ou diathésiques qui modifient assez profondément l'économie pour imprimer à toutes les fonctions normales ou pathologiques des caractères propres et spéciaux.

Nous trouvons ainsi réunies deux espèces de causes que nous avons admises, et nous ne doutons point que cette association n'ait pour beaucoup contribué à faire méconnaître l'importance qu'il y avait à les envisager d'une manière indépendante. Le fait matériel, c'est-à-dire la présence d'un corps étranger ayant surtout attiré l'attention, a été placé en première ligne comme cause essentielle de tous les accidents observés, que l'otite fût aiguë ou chronique. Nous ne mettons certes pas en doute l'importance d'action du corps étranger ; mais à son intervention tout accidentelle et secondaire se surajoute, dans le cas spécial que nous signalons, un état morbide qui imprime à la maladie une forme et surtout une ténacité qui ne permettent plus de le conjurer par les moyens si naturellement indiqués par la présence d'un corps étranger, quand il existe. A l'élimination de ce dernier, il faut ajouter, en effet, une médication interne,

susceptible de ramener l'économie à un équilibre qu'elle avait perdu sous l'influence de l'affection ou de la diathèse à laquelle elle est en proie.

A la médication générale, que nous considérons comme la plus importante, devrait être associé, lorsque les signes de l'inflammation auront disparu, l'usage des injections légèrement toniques et excitantes. Le praticien devra agir, dans tous ces cas, avec la plus grande circonspection, car il pourrait quelquefois dépasser le but qu'il se propose et ramener un état aigu d'autant plus dangereux que les parties sont plus profondément altérées.

Avons-nous besoin d'ajouter que les moyens empruntés à l'hygiène seront, dans ce cas, de puissants auxiliaires pour amener la guérison ? Nous ne le pensons pas.

PARTIE DEUXIÈME.

Otite externe érysipélateuse.

A la suite de démangeaisons plus ou moins vives, d'élancements et de chaleur dans le conduit auditif externe, on voit survenir une rougeur superficielle, sans tuméfaction sensible des tissus. Le pourtour de l'oreille, la tête, deviennent le siége de douleurs déchirantes; le malade éprouve de plus des étourdissements et des bruits auriculaires de nature diverse; une surdité plus ou moins prononcée survient en même temps.

Après quelques jours, des squames larges et minces se détachent du conduit auditif, et se mêlent à une sécrétion abondante de matière cérumineuse, qui varie par sa coloration du brun-clair au brun-noirâtre. La viscosité du liquide, exhalé en plus grande quantite qu'à l'état normal, lui permet de s'attacher assez fortement aux parois du canal qui le contient, et de former ainsi un bouchon à la formation duquel concourent les squames dues à la délitescence de l'épiderme. Si l'engouement n'a lieu que dans certaines limites, le liquide sécrété est peu abondant et sa viscosité à peu près nulle; aussi, le cérumen desséché se détache-t-il avec

facilité, sans déterminer, comme dans le cas où sa nature est profondément modifiée, l'irritation du conduit auriculaire. Dans aucun cas, on ne constate l'existence d'un écoulement muqueux purulent. Lorsque la maladie est arrivée à sa fin, le prolongement cutané du conduit qui s'étend jusqu'à la membrane tympanique est rouge, mais cette coloration disparaît bientôt sans laisser aucune trace.

Si telle est la forme la plus simple de l'otite externe érysipélateuse, on voit quelquefois l'affection revêtir le caractère phlegmoneux, et alors, si le foyer inflammatoire est limité, on voit survenir au bout de quelques jours, et à la suite de symptômes locaux plus graves que dans le cas précédent, une petite tumeur de la grosseur d'un pois, qui, très-tendue, persévère jusqu'à ce que son sommet se colore en jaune, et s'ouvre pour laisser écouler un pus jaunâtre, homogène et de bonne nature. Cet écoulement est suivi d'une rémission marquée dans les symptômes. Ordinairement la fièvre ne se met point de la partie, à moins que le malade ne soit très-irritable.

Lorsque le foyer de la maladie est plus étendu, il est loin d'en être ainsi, et l'on voit alors une réaction fébrile qui redouble le soir, produire beaucoup de chaleur pendant la nuit, fatiguer beaucoup le malade, et s'associer aux symptômes locaux qui présentent une intensité peu commune.

Le conduit auditif tuméfié, rouge, fermé à une très-petite ouverture près, sécrète un liquide ténu, rougeâtre, mucoso-lymphatique. Il est très-sensible au moindre attouchement, et est le siége de douleurs pongitives, déchirantes, qui s'étendent à la moitié de la face et même à tout le crâne. De violents bourdonnements, une surdité prononcée se joignent à ce cortége symptomatique. Le gonflement des parties est tel toutefois, qu'il est impossible de constater l'apparition du foyer purulent ; aussi un écoulement d'un pus épais, jaune et strié de sang, qui s'accompagne de la disparition de presque tous les symptômes, succède-t-il sans qu'on s'en doute, et d'une manière presque instantanée, à tout un ensemble morbide grave et arrivé à son summum d'intensité. L'écoulement dure quelque temps, puis diminue de jour en jour, et tout rentre dans l'ordre

assez rapidement pour que le malade oublie bientôt toutes ses souffrances. La surdité est, de tous les symptômes, celui qui disparaît le plus tard.

Une troisième forme de l'otite externe érysipélateuse, sur laquelle M. Hubert-Valleroux a le premier attiré l'attention des praticiens, est la forme œdémateuse. Ici, la peau est rarement rouge, mais bien plutôt livide, d'un blanc mat, et quelquefois luisante; rarement aussi sa surface est le siége de phlyctènes. Le pavillon et le conduit auditif sont seulement infiltrés, épaissis; et tandis que le premier présente une déformation qui ne permet plus de reconnaître les saillies et les enfoncements qui le caractérisent, le second est obturé par le resserrement du méat auditif.

La marche de ces deux dernières formes d'otite externe érysipélateuse présente des différences qui ne permettent pas de les confondre. Ainsi, rapide pour l'érysipèle phlegmoneux, elle est lente et irrégulière avec exacerbations pour l'œdémateux. La terminaison habituelle du premier est surtout la suppuration; la résolution se place au second rang, et quoique survenue à la suite d'une crise naturelle ou provoquée, elle est habituellement franche : ce qui n'a jamais ou presque jamais lieu pour le second, car il reste le plus souvent après les accidents primitifs un engorgement passif, un empâtement des tissus, qui deviennent on ne peut plus facilement rouges et douloureux.

Le pronostic favorable dans le premier cas, malgré la violence des symptômes, l'est surtout lorsque la maladie est circonscrite; il l'est beaucoup moins lorsqu'elle se propage à la face, au cuir chevelu, car sa transmission aux méninges, à l'encéphale, est alors à redouter. Des craintes sérieuses seront tout naturellement éveillées par l'apparition de la gangrène, ou par la disparition de la maladie par délitescence ou métastase.

Le pronostic de l'otite externe œdémateuse est toujours grave, à cause des altérations qui lui succèdent et placent les parties sous l'imminence continuelle d'une nouvelle affection.

L'embarras saburral, toujours concomitant de l'érysipèle, constitue la cause la plus active de ces divers états, et leur imprime un cachet qui les fait résister aux moyens topiques et antiphlogistiques tant locaux que

généraux. L'érysipèle œdémateux offre de plus l'association de cet état saburral à une constitution mauvaise, due à une alimentation insuffisante en quantité et en qualité, au séjour dans des lieux humides et autres conditions débilitantes. Quant aux causes occasionnelles et déterminantes, elles sont représentées dans cette espèce d'otite, aussi bien que dans toutes celles que nous étudierons plus tard, par toutes les causes que nous avons déjà indiquées, et qui, ne jouant qu'un rôle secondaire et tout-à-fait accessoire, ne sauraient devenir le point de départ d'indications importantes.

L'état des premières voies doit donc attirer essentiellement l'attention du praticien, et les nombreux succès obtenus par l'emploi des émétiques, dès le début de la maladie, ne laissent aucune incertitude sur la conduite à tenir. Ces agents devront être administrés, si, dès les premiers moments, la maladie n'est pas enrayée. Plus tard, les purgatifs salins, l'émétique en lavage seront de première utilité, le dernier surtout ayant le privilége d'une longue expérience.

A ces moyens généraux on doit associer l'application de quelques préceptes thérapeutiques, nécessités par le voisinage de l'encéphale et par la facilité avec laquelle certaines de ces affections se déplacent.

Toute préoccupation de l'état morbide local doit alors disparaître, et l'indication la plus pressante est de le fixer ou de le rappeler, si tant est qu'il ait disparu subitement. On obtient en général ce résultat, en appliquant sur l'oreille malade des cataplasmes irritants, un vésicatoire, ou en pratiquant des frictions ou des injections irritantes.

Si l'intensité des phénomènes inflammatoires était assez grande pour qu'on eût besoin de recourir à l'usage des antiphlogistiques, ce que nous avons dit à cet égard dans la première partie de ce travail suffirait amplement pour diriger le praticien. L'écoulement du pus n'exige que des soins de propreté ; des lotions ou de légères injections, faites avec de l'eau chaude, suffiront, en effet, pour amener à bonne fin la cicatrisation du foyer purulent.

Otite externe varioleuse.

Les divers exanthèmes cutanés, tant aigus que chroniques, peuvent déterminer l'inflammation du conduit auditif externe. Des observations nombreuses nous apprennent que, comme la conjonctive, le prolongement cutané du conduit auriculaire devient souvent le siége de pustules varioliques, de dartres, etc.

Dans le premier cas, surtout lorsque la variole est confluente, la tuméfaction des parties est portée assez loin pour obstruer complétement les voies auditives, s'opposer à la pénétration des ondes sonores, et amener une surdité plus ou moins complète, bien souvent méconnue : il est facile de le concevoir au milieu des dangers qui menacent le malade. Cette dernière s'accompagne de tension et de douleurs qui se prononcent de plus en plus ; celles-ci deviennent surtout d'une vivacité insupportable, lorsque la membrane du tambour devient le siége de quelques boutons. Leur développement dans son voisinage annonce aussi la manifestation de ces symptômes.

Ces boutons, ainsi que ceux qui se développent sur tous les autres points de l'appareil auditif externe, suivent leurs diverses phases comme ceux des autres parties du corps : ainsi, rien ne contrariant leur marche, on voit à la période de formation succéder celles de la suppuration, puis de la dessiccation, enfin de la desquamation, de sorte que l'organe est complétement débarrassé vers le 15e ou 20e jour.

Le pronostic de l'otite externe varioleuse est en général assez grave, surtout lorsque la suppuration persiste ; c'est ce qu'on a observé lorsque l'inflammation s'étend au tissu cellulaire sous-cutané, et donne naissance à de petits abcès qui s'ouvrent ordinairement à travers un bouton, et dont le fond est formé par une petite portion d'os dénudé. Des faits de cette nature ont été fréquemment observés par M. Guersent.

La nature de la variole ne permettant pas de la combattre en elle-même, puisqu'elle doit fatalement suivre ses périodes, le praticien ne

saurait adresser sa thérapeutique qu'à la fièvre concomitante, et c'est elle qui devient habituellement la source des indications majeures. L'extension de la maladie à l'appareil auditif externe nécessite toujours, de la part du praticien, quelques soins trop long-temps négligés : nous voulons parler de l'application de la méthode dite abortive des boutons. Sans rien préjuger sur la valeur absolue de ce moyen, nous ne saurions, avec M. Hubert-Valleroux, méconnaître l'utilité de la cautérisation des pustules varioliques développées dans le conduit auditif.

Deux procédés se trouvent ici en présence. Celui de M. Bretonneau de Tours, qui consiste, lorsque la variole est discrète, à faire l'ouverture de chaque pustule avec la pointe d'une aiguille, et à cautériser le fond de la plaie avec un crayon de nitrate d'argent. Le deuxième procédé est celui de M. Serre d'Alais, qui agit sur les pustules à l'aide d'une dissolution caustique de 15 centigrammes d'azotate d'argent pour 32 grammes d'eau.

Ce dernier procédé doit être mis en usage lors des varioles confluentes. On doit, de plus, l'associer au premier dans certains cas; car, s'il est facile de porter le crayon de nitrate d'argent sur les boutons placés à l'entrée du conduit auditif, il devient souvent très difficile, impossible même, d'atteindre ceux qui sont plus profondément placés, et cela à cause de la tuméfaction des tissus et du rétrécissement du conduit qui en est la suite.

Otite externe herpétique.

Les maladies de la peau qui peuvent, par leur extension à l'oreille externe, devenir la cause d'une inflammation, sont l'*achor*, les *porrigines*, le *favus*, que les gens du monde désignent sous le nom générique de *gourmes*. Ces diverses affections sont surtout communes dans l'enfance, vers l'époque de l'une ou de l'autre dentition, tandis que les adultes sont plus spécialement atteints d'herpès.

L'extension des gourmes à l'oreille externe, qui attaquent toujours primitivement le cuir chevelu, est d'autant plus fâcheuse que, dans bien des cas, elles amènent la destruction de la membrane tympanique, acci-

dent qui, sans entraîner la perte absolue de l'ouïe, est toujours assez grave pour qu'on s'empresse de le prévenir.

L'étude étiologique de ces maladies de l'enfance démontrant la pernicieuse influence de leur manifestation des causes débilitantes, telles que la mauvaise alimentation, le défaut de propreté et de soins, l'habitation dans les lieux bas et humides, conditions que domine l'hérédité, le praticien devra recourir à tous les moyens prophylactiques capables de prévenir ces fâcheux résultats. Lorsque, malgré ses efforts, il lui aura été impossible de conjurer l'orage, il devra empêcher leur extension à l'appareil auditif, aux yeux, dans les fosses nasales. Mais si ces divers appareils ont été successivement et simultanément atteints, il se conduira conformément aux propositions générales de thérapeutique formulées par M. Trousseau, sur l'opportunité ou la non opportunité de la guérison des gourmes, et associera à une médication générale destinée à combattre l'affection, l'emploi des moyens locaux capables de prévenir et d'empêcher les fâcheux résultats, les difformités qui résultent si souvent de la suppuration prolongée des oreilles, et les lésions organiques nombreuses tant du conduit auditif que de la membrane tympanique, qui en sont si souvent la conséquence.

Ces fâcheux effets seront le plus souvent conjurés, si, à l'aide d'injections fréquentes, on entretient une grande propreté des parties. Ces injections, d'abord émollientes, devront être ensuite légèrement astringentes : l'acétate de plomb sera ici de la plus grande utilité. Des frictions avec une pommade irritante devront en même temps être pratiquées derrière les oreilles; on favorisera en même temps l'éruption du cuir chevelu et on déterminera une révulsion sur le tube intestinal à l'aide des minoratifs.

Sous l'influence d'une diathèse souvent plus tenace que celle que nous venons d'indiquer, car elle ne se modifie que bien peu sous l'influence de l'âge et des diverses révulsions qui partagent la vie en périodes distinctes, l'éruption dartreuse, qui détermine souvent chez l'adulte des manifestations morbides analogues à celles que nous venons d'indiquer, envahit fréquemment le conduit auditif et même la membrane du tambour. Elle porte son

action sur l'une ou sur les deux oreilles, et cela souvent sous l'influence des causes les plus insignifiantes; la peau alors devient rouge et se couvre de vésicules, de phlyctènes, d'écailles, de croûtes, d'une sorte de poussière.

Nous ne saurions ignorer que ces diverses formes, auxquelles on a donné une très-grande importance au point de vue de la classification des dartres, n'offre cependant qu'une importance secondaire; si elles sont souvent l'expression d'une affection herpétique, elles peuvent tout aussi bien être consécutives à une syphilis ancienne : d'où la nécessité de recourir à une médication spéciale, nous dirons même spécifique. Différente de l'inflammation dartreuse de l'oreille externe, elle a une durée indéterminée, elle est surtout d'une tenacité incroyable : on l'a vue souvent résister, en effet, aux traitements les plus rationnels et les mieux suivis. Elle se termine par résolution ou par déplacement; son pronostic est toujours grave.

Egarés par la filiation qu'ils peuvent établir entre quelques manœuvres imprudentes et l'apparition de l'inflammation dont ils sont atteints, la plupart des malades considèrent les causes occasionnelles les plus insignifiantes comme la cause essentielle de la maladie qui les tourmente; mais l'observateur expérimenté ne tarde point à reconnaître que, si ces manœuvres ont pu hâter le développement de l'acte morbide ou l'entretenir, son existence dépend toujours d'une affection congéniale ou héréditaire, contre laquelle il faut lutter avec énergie.

Un régime approprié à l'origine dartreuse de l'inflammation, le soufre et ses combinaisons à l'intérieur, les purgatifs, les sudorifiques, les préparations iodées surtout chez les scrofuleux, les dépuratifs, devront être dès-lors employés selon les règles formulées par les grands praticiens; quant aux saignées, elles ne seront utiles que lorsqu'il y aura pléthore.

Les moyens locaux ne devront pas être négligés : c'est ainsi que, si l'éruption est légère, de simples lotions sulfureuses et des soins de propreté suffiront, avec le traitement général, pour amener la guérison. Si l'éruption s'étend au conduit auditif et y détermine un gonflement considérable, on devra recourir à l'emploi d'agents plus énergiques, enlever

les excrétions qui obstruent le conduit auditif à l'aide d'injections savonneuses ou chlorurées, et rendre au canal son calibre régulier à l'aide de mèches de charpie enduites de cérat, ou de cylindres d'éponge préparée.

Otite externe catarrhale.

Due à la suppression de la transpiration, et, comme l'a observé depuis si long-temps Hippocrate, à l'impression de l'air froid et humide sur l'oreille, aussi bien qu'au décubitus sur le sol humide, l'inflammation catarrhale de l'oreille externe débute par une douleur sourde, qui revient par accès et ne passe que très-tard à l'état continu.

La maladie affecte le plus souvent les deux oreilles en même temps, et passe facilement de l'une à l'autre sans cause spéciale et par le seul fait de la sympathie qui unit ces deux appareils. La douleur présente souvent cette particularité remarquable, qu'elle irradie en suivant la direction des ramifications du nerf facial, du rameau maxillaire inférieur, de la cinquième paire, des seconde et troisième paires cervicales. La glande parotide est habituellement gonflée, et de la fièvre survient, ce qui est fort rare, car l'état local ne sollicite qu'exceptionnellement des phénomènes de réaction. Elle s'accompagne de symptômes de catarrhe et de coryza. De l'insomnie, de la céphalalgie surviennent quelquefois, aussi bien que des bourdonnements, qui sont toutefois exceptionnels. Ces divers symptômes s'amendent en général dès qu'une matière puriforme abondante s'échappe par le conduit auditif. Séreux ou séro-muqueux, purulent, tantôt bénin et tantôt irritant, vert ou jaune, mêlé ou non de stries sanguinolentes, à odeur douceâtre, quelquefois acide surtout chez les enfants, d'autres fois très-fétide et dégageant une odeur ammoniacale repoussante, cet écoulement ne saurait être confondu avec celui qui fait suite à la formation d'un abcès du conduit auditif. Ce dernier, en effet, se développe toujours plus lentement, n'évacue jamais une aussi grande quantité de matière, et est toujours précédé de douleurs vives et aiguës que suit une douleur obtuse et gravative.

Le conduit auditif, siége de l'écoulement qui a tellement attiré l'attention que le nom d'otorrhée a été imposé à l'ensemble de la maladie, est tuméfié,

tantôt dans toute son étendue, tantôt partiellement; il est chaud sans être toujours rouge, et le pavillon peut participer à ces divers états, se recouvrir même de pustules purulentes. La portion tuméfiée du conduit, tantôt pâle, tantôt d'un rouge foncé, se couvre souvent de fongosités, d'élevures bulbeuses ou de pustules solitaires que distend une lymphe puriforme. D'autres fois, un seul point de la membrane est soulevé et forme un bourrelet, une sorte de valvule recouvrant plus ou moins complétement la membrane du tambour. Il n'est pas rare de constater à la surface des parties de nombreuses excoriations, et dans tous les cas il existe un aspect granulé caractéristique, mais qui ne devient sensible que lorsque l'on a enlevé avec soin le liquide séro-muqueux qui enduit les parties.

Cette inflammation, d'après Kromer, porte spécialement son action sur la tunique glandulaire; aussi y a-t-il suppression complète de sécrétion cérumineuse, sa réapparition constituant le signe le plus certain d'une guérison définitive.

La durée de cette affection est très-variable et partant indéterminée; et si, dans les cas les plus simples, elle ne dure qu'une quinzaine de jours, on la voit bien plus habituellement se prolonger indéfiniment, surtout chez les individus doués d'une mauvaise constitution et vivant au milieu de circonstances débilitantes. Quelquefois la maladie semble guérie, puis elle reparaît tout-à-coup; modifications qui ne constituent en réalité que des rémissions. Il est facile, d'ailleurs, alors même que ces dernières sont les plus marquées, de constater que la maladie persiste, seulement à un moindre degré; l'inspection directe des parties à l'aide du spéculum ne permet aucun doute à cet égard.

Le pronostic, favorable lorsque la tuméfaction s'étend dans tout le conduit, l'est beaucoup moins, au contraire, lorsque la lésion porte sur un point circonscrit qui est dur, insensible au toucher, et fournit un écoulement séreux, lymphatique et peu abondant. La maladie est alors à peu près incurable.

Les antiphlogistiques locaux et généraux ne sauraient être le plus souvent utiles que dans la forme d'otite que nous venons d'indiquer, aussi n'est-ce pas sans quelque étonnement que nous les voyons recommandés

dans tous les cas par M.-J.-P. Franck; son application ne saurait être en effet qu'exceptionnelle. Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, d'apprécier les symptômes de la maladie, et surtout les conditions individuelles au milieu desquelles elle se développe.

Les applications émollientes, qui contiennent toujours une grande quantité d'eau, ne sauraient réellement être utiles, puisque l'humidité est une condition des plus favorables à l'apparition et à l'entretien de la maladie.

Kromer, de son côté, donne peut-être trop d'importance au traitement local, et pas assez à la maladie générale, quoiqu'il ne tombe pas cependant dans l'exagération de Saunders et Curtis qui n'emploient que des injections astringentes, sans recourir même à des dérivations adjuvantes, quelle que soit leur nature. Le professeur allemand associe, au contraire, les purgatifs et les dérivatifs cutanés à l'usage des topiques.

Dirigé par la double indication qu'il nous semble indispensable de remplir ici, nous chercherons autant que possible dans notre thérapeutique à combattre en même temps l'état local et l'état général, qui nous paraît, quoi qu'on ait pu en dire, jouer un rôle assez important. C'est à ce dernier point de vue que nous emploierons les laxatifs végétaux, tels que la rhubarbe et le jalap, les préparations de fer, les préparations iodées, les diurétiques, les diaphorétiques, les amers, qui seront secondés par une alimentation substantielle, la propreté, l'insolation, la respiration d'un air pur, de bons vêtements, etc.

Des soins de propreté locale devront être aussi habituellement mis en œuvre, et l'on aura soin de mettre l'oreille à l'abri des courants d'air, en la couvrant d'un linge ou d'un sachet de farine de fève.

Lorsque, par l'effet du gonflement considérable des tissus, il y aura rétrécissement marqué du conduit auditif, on introduira dans son intérieur des lanières d'éponge préparées, dont l'action compressive a pour heureux résultat d'affaisser l'engorgement, d'amener l'exfoliation de l'épiderme, la suppression de la sécrétion anormale, tandis que celle du cérumen se rétablit.

Si la peau est simplement rouge, un peu tuméfiée, excoriée même, les instillations d'acétate de plomb, répétées trois ou quatre fois par jour, sont

de la plus grande utilité ; rarement a-t-on besoin de les remplacer par une dissolution de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, d'alun, ou par l'acide acétique étendu d'eau.

Dans les cas plus graves, on fait derrière l'oreille des frictions avec la pommade stibiée. Cet agent, beaucoup plus efficace que les cantharides qui n'agissent que superficiellement, détermine des pustules que l'on laisse suppurer et sécher ensuite ; après quoi l'on recommence les frictions. L'irritation déterminée par la pommade d'Authenrieth peut s'étendre quelquefois profondément ; aussi faut-il éviter de l'appliquer sur l'apophyse mastoïde elle-même, car le périoste qui recouvre cette saillie osseuse pourrait s'enflammer. On évite cet inconvénient en pratiquant les frictions au-dessous du mamelon mastoïdien ; sous leur influence on voit le plus souvent augmenter le flux auriculaire, qui ne diminue sensiblement que lors de la suppuration des pustules artificiellement développées.

L'otorrhée ou otite catarrhale se termine rarement par résolution, tant la nature est peu capable de la modifier, mais rien n'est plus fréquent que ses métastases que suivent un refroidissement général ou partiel, l'emploi intempestif des topiques répercussifs. La maladie porte alors son action sur les muqueuses oculaire, bronchique ou intestinale ; on voit survenir aussi des érysipèles, l'inflammation d'un ou plusieurs viscères importants.

Dans tous ces cas, il ne faut pas perdre de vue que la plupart des accidents consécutifs à la suppression de l'otorrhée lui sont dus, aussi ne faudra-t-il la tenter qu'avec circonspection et lorsqu'on aura préparé convenablement le malade.

La première indication qui se présente pour conjurer les accidens graves et quelquefois mortels, tels qu'en ont vu Duverney, Itard, Alard, M. Hubert-Valleroux et la plupart des observateurs, est de rappeler le flux au lieu de combattre les causes qui ont amené sa suppression. C'est ainsi que si cette dernière est due à un arrêt subit de transpiration, il faut provoquer la sueur à l'aide de boissons chaudes, de bains de vapeurs ; dans le cas où des excès de table, l'abus des liqueurs spiritueuses ont amené ce résultat, il suffit, pour guérir le malade, de le soumettre à une diète sévère.

Dans les cas peu graves, il suffit, pour rappeler l'écoulement, de recouvrir l'oreille de cataplasmes émollients, de l'exposer aux vapeurs de même nature, que l'on fait arriver dans le conduit à l'aide d'un entonnoir. Itard conseille comme amenant ce résultat d'une manière à peu près certaine, l'application, réitérée toutes les trois heures, d'un pain sortant du four et débarrassé de sa croûte : à chaque nouvelle application, il est avantageux d'injecter dans le conduit auditif une dissolution aqueuse de deuto-chlorure de mercure, 2 centigrammes dans 32 grammes d'eau distillée. Si le retour de l'écoulement a lieu, il faut prendre toutes les précautions nécessaires pour que le froid ne frappe plus désormais la tête ou l'oreille malade.

Otite externe scrofuleuse.

Les individus scrofuleux contractent l'inflammation du conduit externe, soit directement par l'effet même du vice dont ils sont affectés, soit sous l'influence d'une cause étrangère. La plupart de ces inflammations sont d'abord catarrhales, et ne revêtent le caractère scrofuleux que plus tard ; aussi l'on peut dire de ces sujets que, si dans le principe la plupart de ces états sont purement et simplement locaux, on les voit toujours prendre part aux caractères du vice général, particularité on ne peut plus importante quand on en vient au traitement.

L'inflammation est ici à peine douloureuse ; elle s'accompagne d'un flux séreux, muqueux, ichoreux, purulent, plus ou moins fétide et souvent très-abondant, qui constitue l'otorrhée des auteurs, et qu'ils ont divisée en simple et en compliquée, selon qu'elle s'accompagne ou non de la carie d'une portion du canal osseux.

Cette affection, presque exclusivement caractérisée par l'écoulement abondant qui a lieu, s'accompagne quelquefois du rétrécissement du conduit auditif.

Il faut avoir soin de s'opposer à l'introduction des insectes, ce qu'on obtient facilement à l'aide d'un voile mobile très-fin. Il est important de ne pas introduire du coton dans le méat auditif, car on aurait alors à redouter l'accumulation du liquide et sa décomposition.

Des injections avec l'eau tiède seront utilement employées comme moyen de propreté ; l'emploi des topiques devra être à peu près nul, jusqu'à ce que, par une médication générale, on ait modifié assez profondément l'économie pour ne rien redouter de la suppression de la maladie de l'oreille.

Les indications générales qui découlent des faits indiqués, sont évidemment de combattre par les anti-scrofuleux l'état diathésique, dont la fâcheuse influence est la cause directe, essentielle, de tous les accidents observés. C'est ainsi que les préparations aurifères, le sirop de Portal, la tisane de houblon ou de feuilles de noyer, l'hydrochlorate de baryte, les quinacés qui ont si bien réussi entre les mains d'Hufeland, les bains de mer, feront la base du traitement, dont on secondera l'heureuse influence par un régime fortifiant et analeptique, une gymnastique habituelle dans un lieu sec, exposé au soleil, des vêtements chauds, une habitation aérée, etc.

A ces moyens généraux, tant hygiéniques que médicaux, on associera avec avantage, si l'état local est rebelle, des applications sous l'apophyse mastoïde de l'écorce de *daphne mezereum*, un séton à la nuque, et enfin les injections d'hydrochlorate de mercure, de sulfate de fer, de nitrate d'argent ou d'acétate de plomb.

Otite externe arthritique.

L'état du malade et la nature des affections antérieures sont ici les principales circonstances qui permettent au praticien de combattre avec avantage les inflammations de l'otite externe.

Le plus souvent chronique, l'otite externe est précédée de douleurs ostéocopes, auxquelles succède un prurit insupportable du méat auditif, sensation qui s'étend bientôt à toutes les autres parties du conduit auriculaire. Dans l'état aigu, on a recours avec succès à la méthode employée contre les maladies rhumatismales ; dans l'état chronique, on devra, comme dans l'ophthalmie de même nature, favoriser le développement de l'arthrite sur les points où elle se manifestait d'habitude, et attaquer l'affection par

les moyens ordinaires. Les ulcères sollicités derrière les oreilles ou à la nuque sont fort utiles dans ce cas.

Les douleurs sympathiques seront avantageusement combattues à l'aide de l'opium, de l'éther, des baumes employés en frictions derrière les oreilles, aux tempes, et du tartre émétique sous forme d'onguent.

Otite externe syphilitique.

L'otite externe vénérienne primitive ne se rencontre guère que chez les enfants nouveau-nés. On peut conclure à son existence chez l'adulte, lors d'infections précédentes, de douleurs qui augmentent le soir, aussi bien que de la surdité. Cet état s'accompagne aussi assez souvent d'excroissances, de verrues, d'exostoses et d'écailles.

L'onguent gris associé à l'opium, employé en frictions derrière l'oreille, calme momentanément les douleurs; mais le traitement antiphlogistique général peut seul amener la guérison.

Otite externe métastatique.

Sous ce titre, nous rangeons les diverses inflammations de l'otite externe qui surviennent à la suite d'une maladie déjà existante qui s'est amendée, ou qui a même disparu complétement par le seul fait de l'apparition de la nouvelle scène morbide.

Des faits nombreux semblent prouver que certaines de ces inflammations constatent tantôt des crises heureuses à la solution de la maladie déjà existante, et d'autres fois une complication ou une extension d'autant plus fâcheuse, qu'elles portent leur influence sur un organe ou un appareil plus important que celui qu'elles affectaient primitivement.

A la première série des faits, se rapportent ceux dans lesquels une otite externe a jugé une maladie cérébrale, une pleurésie. Des observations nombreuses de cette nature ont été recueillies par Baglivi, qui a fréquemment observé à Rome que les pleurétiques, chez lesquels surviennent une douleur d'oreille, puis un abcès, guérissent. Une fièvre catarrhale de Cayenne se terminera fréquemment et heureusement par un abcès de

l'oreille, qu'Hippocrate considérait aussi comme une crise très-salutaire dans la péripneumonie, comme se rattachant à la seconde catégorie des faits que nous avons indiqués. Nous signalerons les inflammations du conduit auditif externe, succédant à la suppression d'une blennorrhagie uréthrale, de fleurs blanches, comme l'a vu Weickard, des dartres fixées sur une partie plus ou moins éloignée de l'oreille, et qui l'ont envahie tout-à-coup en abandonnant leur siége primitif.

Dans tous les cas, le praticien a toujours pour but : 1° de calmer la violence de l'inflammation locale, et nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit à ce sujet; 2° il doit, dans la première série des faits, respecter la nouvelle maladie, quelle que soit d'ailleurs sa durée, et éviter tout moyen capable de la faire reparaître; 3° enfin, suivant une marche inverse, dans quelques cas, il doit la combattre en s'efforçant de rappeler, où elle existait déjà, la maladie dont la disparition a annoncé la manifestation de celle qu'il veut dissiper.

Pour remplir cette indication, dans le cas d'otite externe blennorrhagique due à la suppression d'une blennorrhagie uréthrale, il faut déterminer si la cause de la suppression est due à l'intensité même de l'inflammation de l'urèthre, ou bien à toute autre cause. Dans le premier cas, il est de première nécessité de faire cesser la phlegmasie par une médication antiphlogistique énergique. La saignée de la saphène, l'application répétée de sangsues au périnée, de ventouses scarifiées aux cuisses, de cataplasmes émollients autour du pénis, seront de première utilité. Il en est de même des lavements huileux, des pédiluves irritants. Dans les cas inverses où l'inflammation uréthrale aura disparu, on devra recourir à l'usage des injections stimulantes dans l'urèthre, telles qu'une solution aqueuse de deuto-chlorure de mercure. Dans des circonstances semblables, Scarpa employait des injections alcalines. Ces injections ont pour effet de rappeler le plus souvent l'écoulement gonorrhéique, soit qu'il ait disparu en entier ou qu'il ait seulement diminué. Un moyen très-simple et très-prompt d'obtenir ce résultat est de recourir à l'introduction plus ou moins prolongée d'une bougie dans le canal de l'urèthre, et dont l'extrémité est portée au-delà de la fosse naviculaire, c'est-à-dire dans une étendue de deux pouces environ.

Bromfield, Swediaur, Astruc, Girtanner ont conseillé ce moyen lors d'ophthalmie blennorrhagique ou métastatique. Quelques praticiens, ne croyant pas pouvoir suffisamment compter sur la seule action stimulante du corps étranger, ont proposé de l'enduire d'une pommade d'oxyde rouge de mercure, ou de le tremper dans la matière qui s'écoule de l'oreille enflammée. Cette opération, quand on y a recours, doit être faite avec la plus grande promptitude possible, afin de ne pas donner à la matière le temps de se refroidir avant son application sur la muqueuse uréthrale. Lagneau pense que l'efficacité de ce moyen n'étant pas encore démontrée, on peut se borner à l'application de la sonde.

Lors de disparition d'une dartre et d'apparition consécutive de la phlegmasie métastatique du conduit auditif externe, on devra, par tous les moyens possibles, s'efforcer de rappeler l'éruption vers le point qu'elle a abandonné. Les vésicatoires agissent souvent alors avec beaucoup d'efficacité, et l'on aura d'autant plus de chances de réussite que la maladie de l'oreille sera moins ancienne, moins profonde et plus circonscrite.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT,

auxquelles le Candidat répondra verbalement.

(Arrêté du 22 Mars 1842.)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Justifier les divisions de l'histoire naturelle, établir celles de ces divisions qui se rattachent le plus à l'histoire naturelle des médicaments.

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

Qu'entend-on par antidote ou contre-poison?

BOTANIQUE.

Qu'entend-on par parenchyme des végétaux?

ANATOMIE.

Les nerfs des os accompagnent-ils les vaisseaux nourriciers?

PHYSIOLOGIE.

Qu'est ce que l'helmontisme? En quoi consiste la différence qui existe entre l'helmontisme et le vitalisme?

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

En quoi et comment l'étiologie profite-t-elle à la connaissance des maladies?

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

Terminaison de l'apoplexie cérébrale.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

Des cicatrices qui succèdent aux brûlures.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Des indications à juvantibus et lædentibus.

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Apprécier les avantages et les inconvenients de la méthode de Brasdor pour l'opération de l'anévrysme.

MÉDECINE LÉGALE.

Du problème médico-légal et de sa comparaison avec le problème médical proprement dit.

HYGIÈNE.

Comment l'enfance doit-elle être caractérisée physiologiquement, et en vue de l'hygiène qui lui est appropriée?

ACCOUCHEMENTS.

Des signes sensibles de la grossesse.

CLINIQUE INTERNE.

Comment prévoir les métastases?

CLINIQUE EXTERNE.

Des résections de la mâchoire inférieure.



Faculté de Médecine de Montpellier.



PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES O. ❊, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ❊❊, Président.	*Clinique médicale.*
LORDAT O. ❊.	*Physiologie.*
DELILE ❊.	*Botanique.*
DUPORTAL ❊.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❊.	*Anatomie.*
DELMAS ❊,	*Accouchements.*
GOLFIN, *Examinateur.*	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ❊.	*Pathologie médicale.*
SERRE ❊.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD ❊.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ ❊.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ❊ ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON,	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*

M. LALLEMAND, Professeur Honoraire.

AGRÉGÉS en exercice.

MM. HUBERT RODRIGUES,
ALQUIÉ.
DUPRÉ.
ANDRIEU.
CHRESTIEN.
DUMAS, *Examinateur.*
BROUSSE.

MM. PARLIER ❊.
BARRE.
BOURELY.
BENOIT,
QUISSAC.
VERGEZ.
LOMBARD, *Examinateur.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.